



2 | 2020 POLITIKBRIEF

Argumente und Lösungen der deutschen Uniklinika

INHALT

- S. 1 COVID-19:**
Universitätsmedizin forscht gemeinsam
- S. 3 DRG-System:**
Komplexe Fälle unterfinanziert
- S. 4 Patientensicherheit:**
Uniklinika geben den Takt vor
- S. 5 Krebsforschung:**
Neue Zentren bündeln Expertise an Uniklinika
- S. 6 Daten, Fakten, Ansprechpartner**

COVID-19: Universitätsmedizin forscht gemeinsam

Die Corona-Pandemie stellt das Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen. Die Uniklinika in Deutschland bündeln hierfür ihre Expertise. Die Devise: Gemeinsam sind wir stark. Alle Standorte der Universitätsmedizin beteiligen sich am Netzwerk und arbeiten in den 13 Verbundprojekten zusammen.

Das Nationale Forschungsnetzwerk der Universitätsmedizin zu COVID-19 besteht seit April 2020 und wird von der Berliner Charité koordiniert. Das Ziel: In möglichst kurzer Zeit Erkenntnisse über die neuartige Erkrankung sammeln, Behandlungsoptionen erforschen und Strategien zur Eindämmung der Pandemie entwickeln. In kürzester Zeit haben sich unter den Standorten der Universitätsmedizin 13 Forschungsverbünde zu verschiedenen Themen rund um die Pandemie und das Coronavirus zusammengefunden.

Die Projekte



Titel	Ziel	Koordinierender Standort (+ Anzahl weiterer beteiligter Uniklinika)
AKTIN – Erweiterung des bestehenden Notaufnahmeregisters für die Pandemie-Forschung	Notaufnahmen: Analyse des Pandemiegeschehens und Bereitstellung tagesaktueller Daten aus den Notaufnahmen	Aachen, Magdeburg (+ 20)
B-FAST – Bundesweites Forschungsnetz Angewandte Surveillance und Testung	Monitoring: Test- und Überwachungsstrategien werden entwickelt, um beispielsweise Infektionswege in einzelnen Bevölkerungsgruppen besser zu verstehen	Göttingen, Köln (+ 24)
CEO-sys – Aufbau eines COVID-19 Evidenz-Ökosystems zur Verbesserung von Wissensmanagement und Translation	Therapien: Basis entwickeln für individuelle Therapieentscheidungen sowie institutionelle und öffentliche Versorgungsstrategien	Freiburg (+ 19)
CODEX – Nationale Forschungsdatenplattform	Datenspeicherung: Deutschlandweite Infrastruktur zur Speicherung von Forschungsdatensätzen wird geschaffen und Forschenden zur Verfügung gestellt	Berlin (+ 32)
Compass – Plattform für Methoden und Werkzeuge für Pandemie-Apps	Apps: Pandemie-Apps werden erfasst und bewertet, um Handlungsempfehlungen für neue Apps auszusprechen	Göttingen, Mainz (+ 7)

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert das Netzwerk in der ersten Phase mit 150 Millionen Euro. Eine Folgefinanzierung ist vorgesehen.



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Die Vorteile des Forschungsnetzwerks:

- **Daten bündeln:** Wie werden COVID-19-Patienten behandelt? Welchen Einfluss haben Alter und Vorerkrankungen auf den Verlauf und Therapieansätze? Um vielversprechende Versorgungsansätze zu identifizieren, müssen die Erkenntnisse zu möglichst vielen Behandlungen zusammengeführt werden. Über das Netzwerk teilen Uniklinika ihre Daten.
- **Versorgung und Forschung verknüpfen:** Uniklinika forschen und behandeln tagtäglich Patienten. Behandlungsdaten werden unmittelbar für die Forschung genutzt. Die Erkenntnisse gelangen in den Behandlungsprozess zurück und kommen unmittelbar den Patienten zugute. Gerade bei einer neuen und kaum bekannten Krankheit wie COVID-19 ist dies ein entscheidender Vorteil.
- **Auf künftige Krisen vorbereitet sein:** Eine Pandemie wie Corona kann sich jederzeit wiederholen. Je schneller das Gesundheitssystem reagiert, desto besser ist die Verbreitung einzudämmen. Über die Kooperation der Uniklinika entstehen neue Strukturen, die auch in künftigen Krisen rasch zur Verfügung stehen.

Titel	Ziel	Koordinierender Standort (+ Anzahl weiterer beteiligter Uniklinika)
COVIM – Bestimmung und Nutzung von SARS-CoV-2 Immunität	Immunität: Immunologische Daten aus Bevölkerungsstudien werden zusammengeführt, um neue Erkenntnisse zur Immunität gegen SARS-CoV-2 zu generieren	Berlin, Köln (+ 9)
DEFEAT PANDEMICS – Deutsches Forschungsnetzwerk Autopsien bei Pandemien	Pathologie: Aufbau eines deutschlandweiten Obduktionsnetzwerks zur standardisierten Zusammenführung von Daten und Biomaterialien	Aachen, Hamburg (+ 26)
EViPan – Evidenzgeleitetes Pandemiemanagement	Koordination: Entwicklung regionaler Versorgungsstrukturen und Prozesse für ein Pandemiemanagement, um COVID-19-Patienten schneller und besser erkennen und behandeln zu können	Dresden, Frankfurt (+ 24)
MethodCov – Methodennetzwerk zur Unterstützung von COVID-19 Forschungsprojekten bei der Messung sozialer und kontextueller Faktoren	Sozialfaktoren: Aufbau eines Expertennetzwerks zur Entwicklung neuer Präventionsansätze und Therapiekonzepte für in der Pandemie besonders schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen	Düsseldorf (+ 23)
NAPKON – Nationales Pandemie Kohorten Netz	Datenerfassung: Das Netz führt klinische Daten, Bioproben und Bildgebungsdaten zusammen und ermöglicht z.B. Studien zu Langzeitfolgen der Erkrankung	Berlin, Frankfurt, Hannover, Schleswig-Holstein, Würzburg (+ 3)
Organo-Strat – Gemeinsame Nutzung von in Laboren entwickelten Organmodellen	Organe: Auswirkung von COVID-19 auf einzelne Organe wird erforscht, um Studien zu ermöglichen und Therapien zu entwickeln	Berlin (+ 8)
PallPan – Nationale Strategie für Palliativversorgung in Pandemiezeiten	Palliativmedizin: Handlungsempfehlungen und Informationsmaterialien werden erstellt, um schwerkranke und sterbende Menschen auch in Pandemiezeiten bestmöglich zu versorgen	Köln, LMU München (+ 10)
RACoon – Zusammenführung von Röntgenaufnahmen	Radiologie: Schnellere und präzisere Diagnose von Erkrankung und Verlauf durch Befundanalyse mithilfe Künstlicher Intelligenz	Berlin, Frankfurt (+ 32)



Prof. Dr. Markus Lerch

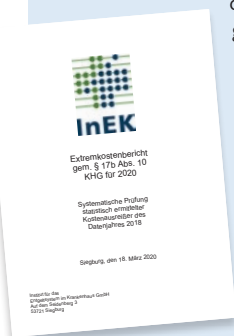
Leiter der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin an der Universitätsmedizin Greifswald

„Alle Bemühungen, durch eine weitere Differenzierung des DRG-Systems die Steigerung von Komplexität, Krankheitsschwere und Fallkosten sachgerechter abzubilden, haben es nicht vermocht, klar belegbare finanzielle Nachteile für Universitätsklinik bei besonderen Fallkonstellationen zu reduzieren. Für dieses Problem brauchen wir eine Lösung außerhalb des DRG-Systems.“

Extremkostenbericht

Seit 2015 belegt der jährliche Extremkostenbericht des InEK, dass Uniklinika und Krankenhäuser der Maximalversorgung mit mehr als 3 Millionen Euro pro Jahr je Klinik überproportional durch die Kosten schwerer und komplexer Behandlungen belastet werden.

www.g-drg.de



DRG-System: Komplexe Fälle unterfinanziert

Krankenhausleistungen fair und auskömmlich zu vergüten und zugleich Anreize für effiziente Patientenversorgung zu schaffen, ist eine Herausforderung. Mit dem 2003 eingeführten DRG-System ist dies weitgehend gelungen. Ein Manko besteht nach wie vor: In vielen Versorgungskonstellationen wird der besondere Aufwand nicht abgebildet, den insbesondere Universitätsklinik bei der Behandlung komplexer Fälle haben.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung der DRG-Fallpauschalen sollte zu mehr Leistungsgerechtigkeit führen, so die Hoffnung der Politik. Dass dies nicht umfassend gelungen ist, zeigt nicht nur der jährliche Extremkostenbericht des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), sondern auch eine neue Analyse zu gastroenterologischen Eingriffen.*

Hoher Aufwand wird nicht vergütet

Bei etwa 60 Prozent der Patienten mit Leberzirrhose treten Komplikationen auf, so dass Giftstoffe über das Blut ins Gehirn gelangen können (hepatische Enzephalopathie, HE). Patienten mit schwerer HE werden um 87 Prozent häufiger an Uniklinika behandelt als in nicht-universitären Häusern. Das ist medizinisch sinnvoll und entspricht der Idee von unterschiedlichen Versorgungsstufen, in denen Uniklinika sich auf schwere und komplexe Fälle konzentrieren. Allerdings gehen damit auch höhere Kosten einher, etwa für aufwendige Diagnostik und längere Klinikaufenthalte. So verursacht die Behandlung eines Patienten mit Leberzirrhose und HE in Uniklinika durchschnittlich rund 8.955 Euro an Kosten, eines Patienten ohne HE in nicht-universitären Krankenhäusern hingegen 2.940 Euro. Vergütet werden beide mit der gleichen DRG, die einen Mittelwert des Aufwands der Fälle darstellt.

Um solche Ungleichgewichte zu korrigieren, sind jährliche Anpassungen im DRG-System vorgesehen. Dafür überprüft das InEK die DRG-Fallpauschalen auf Basis der durchschnittlichen Kosten von fast 300 Krankenhäusern. Doch dieses Vorgehen führt nicht automatisch zu einer auskömmlichen Vergütung. So kommt HE bei Leberzirrhose als Krankheit statistisch nicht häufig genug vor und wird in den Krankenhäusern zu uneinheitlich dokumentiert, um vom InEK in leichte und schwere Fälle unterteilt und entsprechend differenziert erstattet werden zu können.

Verlegung zum Uniklinikum bei Komplikationen

Neben diesen schweren Fällen werden oftmals auch Fälle aus anderen Krankenhäusern in Uniklinika verlegt – insbesondere bei Komplikationen. Ein Beispiel ist die endoskopisch-röntgenologische Darstellung von Gallengängen und Bauchspeicheldrüse (ERCP): Erfolgte die primäre Behandlung in einem Universitätsklinikum, betrug die Unterdeckung durch die DRG-Vergütung nur 183 Euro. Wurde der Patienten hingegen von einem anderen Krankenhaus an ein Universitätsklinikum verlegt, lag die Unterdeckung des Uniklinikums bei 2.374 Euro. Das DRG-System berücksichtigt Kostenunterschiede in Folge einer Verlegung nicht, auch um strategische Verlegungen zwischen Krankenhäusern nicht zu fördern.

Dies sind nur zwei Beispiele, warum Uniklinika mit der Behandlung komplexer Fälle Verluste erwirtschaften. Diese Probleme sind im DRG-System immanent und lassen sich nicht innerhalb des Systems lösen. Daher ist ein Ausgleichsmechanismus notwendig, der den finanziellen Nachteilen bei derartigen Fallkonstellationen entgegenwirkt. Dieser sollte auch das immer noch ungelöste Problem der Extremkostenfälle umfassen.

*Lerch et al. (2020): Die Grenzen des G-DRG-Systems bei der Abbildung von Komplexität in der Universitätsmedizin. In: Zeitschrift für Gastroenterologie, 58: 747-753.



Prof. Dr. Claudia Schmidtke
MdB, Patientenbeauftragte der
Bundesregierung

„Jeder Behandlungsfehler ist einer zu viel. Die Universitätsklinika sind die innovativsten Krankenhäuser, die wir in Deutschland haben. Das gilt auch für das Thema Patientensicherheit. Ich freue mich, dass die Hochschulmedizin hier eine Vorreiterrolle einnimmt und ihr Wissen auch anderen Kliniken zu Gute kommt, damit Behandlungsfehler vermieden werden können.“

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands ist Mitglied im



Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) entwickelt seit 2005 Strategien, um Fehler bei Behandlungen von Patienten weiter zu reduzieren. Vertreter aller Gesundheitsberufe und -institutionen sowie von Patientenorganisationen haben sich in dem Netzwerk zusammengeschlossen. APS-Vorsitzende ist Dr. Ruth Hecker von der Universitätsmedizin Essen, wo sie als „Chief Patient Safety Officer“ fungiert.
www.aps-ev.de

Patientensicherheit: Uniklinika geben den Takt vor

Fast 20 Millionen Behandlungen werden jedes Jahr in deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Behandlungsfehler passieren dabei extrem selten, die Zahl liegt im Promillebereich. Um diesen Anteil weiter zu reduzieren und die Patientensicherheit zu erhöhen, entwickeln insbesondere Uniklinika hierfür neue Konzepte. Drei Beispiele zeigen, wie Uniklinika das Thema angehen.

Medizinische Hochschule Hannover: Thema personell verankern

Jedes Krankenhaus verfügt über ein anonymes Fehlermeldesystem, das sogenannte Critical Incident Reporting System (CIRS). Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) hat dabei ein besonders innovatives Fehlermanagement entwickelt, das „3Be-System®“ (Berichten, Bearbeiten, Beheben von Fehlern, Risiken und Beinahe-Zwischenfällen). Verdachtsfälle können über ein webbasiertes Formular gemeldet werden. Ein zentrales Team anonymisiert und sortiert täglich die Meldungen und führt eine erste Analyse durch. Diese wird dann – inklusive Ideen und Vorschlägen zur Behebung – an das zuständige dezentrale Patientensicherheitsteam weitergeleitet, wo über das weitere Vorgehen entschieden wird. Die Teams sind stets interdisziplinär und hierarchieübergreifend zusammengesetzt. 200 Mitarbeiter der MHH haben bereits eine Schulung im Risiko-, Prozess- und Qualitätsmanagement erhalten. Die Botschaft: Fehler sollen nicht verschwiegen, sondern benannt, analysiert und abgestellt werden.

Universitätsklinikum Frankfurt: Wissen weitergeben

Mitarbeitende von Uniklinika verfügen über umfangreiche Erfahrungen zur Patientensicherheit und begleiten das Thema auch wissenschaftlich. Das Universitätsklinikum Frankfurt hat Vorschläge gemacht, um ein Patientensicherheitskonzept für die rund 130 hessischen Krankenhäuser zu initiieren. Dies mündete in die bundesweit erste Patientensicherheitsverordnung eines Landes. In dessen Rahmen wurde das Universitätsklinikum damit beauftragt, Patientensicherheitsbeauftragte für alle hessischen Krankenhäuser zu qualifizieren. Seit Ende 2019 wurden bereits 71 Beauftragte in insgesamt fünf dreitägigen Trainings geschult. Die Ergebnisse hinsichtlich Wissensvermittlung und den sich daraus ergebenden Maßnahmen sowie deren Umsetzung werden in einer begleitenden Studie evaluiert. Die Konzepterstellung, Schulungen sowie die begleitende Studie werden vom Land finanziell gefördert.

Klinikum der LMU München: Unterstützung für die Palliativmedizin

Bei der Versorgung von Palliativpatienten spielt die medikamentöse Therapie belastender Symptome, wie etwa starke Schmerzen, eine wichtige Rolle. Viele Erkenntnisse beruhen jedoch auf Erfahrungen an wenigen Patienten. Zudem sind zugelassene Arzneimittel oftmals nicht verfügbar. Dennoch müssen Patienten versorgt werden. Um die Patientensicherheit zu erhöhen und Fehlmedikation zu vermeiden, unterstützt das Kompetenzzentrum am Klinikum der LMU München bei der Auswahl, Dosierung und Anwendung von Arzneimitteln für Palliativpatienten. Das Besondere: Dieses Angebot steht allen Ärzten, Pflegenden und Apothekern aus dem gesamten deutschsprachigen Raum zur Verfügung. Mehr als 1.000 Anfragen wurden bereits beantwortet.



Im Februar 2019 hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Nationale Dekade gegen Krebs ausgerufen. In diesem Rahmen werden die vier neuen Nationalen Centren für Tumorerkrankungen (NCT) gefördert. Die Deutsche Hochschulmedizin ist Partner der Initiative.

Krebsforschung: Neue Zentren bündeln Expertise an Uniklinika

Regelmäßig gibt es neue Erkenntnisse in der Krebsforschung. Die Komplexität ist hoch, Diagnostik und Behandlung müssen genau auf den Patienten und seine Erkrankung abgestimmt sein. Um Patienten noch besser zu helfen, werden neben den zwei bestehenden vier weitere Nationale Centren für Tumorerkrankungen (NCT) an universitären Standorten etabliert.

Vier neue Standorte

Seit September 2020 gibt es vier neue Nationale Centren für Tumorerkrankungen (NCT) an universitären Standorten.



Die NCT sind eine Kooperation zwischen dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und Universitätsklinik mit herausragender onkologischer Expertise. Die Besonderheit ist die Translation von Ergebnissen aus der Grundlagenforschung in innovative Versorgungskonzepte. Dabei entstehen maßgeschneiderte Behandlungsansätze für den einzelnen Patienten auf dem neuesten Stand der Wissenschaft.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung entschied auf Basis eines kompetitiven Bewerbungsverfahrens im September 2020 über die Auswahl der Unimedizin-Standorte. Das Ministerium fördert diese gemeinsam mit dem jeweiligen Bundesland. Die vier neuen Zentren entstehen in Berlin, Köln/ Essen, Tübingen/Stuttgart-Ulm sowie in Würzburg gemeinsam mit Erlangen, Regensburg und Augsburg – zusätzlich zu den bereits bestehenden NCT in Heidelberg und Dresden.

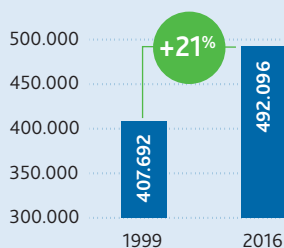
Patienten profitieren

Die Vorteile dieser engen Verknüpfung zwischen Forschung und Behandlung kommen direkt den Patienten zugute. Beispiele:

- **Personalisierte Medizin:** Krebstherapien werden immer individueller auf den einzelnen Patienten abgestimmt, Stichworte sind etwa Genomanalysen zur Bestimmung der geeigneten Therapieform, interdisziplinäre Tumorbords und CAR-T-Zelltherapien. Das neue NCT Berlin ist z.B. auf solche Immuntherapien spezialisiert, unter anderem bei krebskranken Kindern.
- **Neueste Technologien:** Das NCT Südwest mit den Standorten Tübingen und Stuttgart-Ulm ist Vorreiter bei modernen bildgebenden Verfahren. Beispiel Immunzelltracer: Patienten werden in geringsten Mengen schwach radioaktive Substanzen verabreicht, um Immunzellen vor, während und nach einer Immuntherapiebehandlung zu visualisieren und somit die Therapie zu monitorieren.
- **Enge Verzahnung:** Am NCT Köln/Essen profitieren Patienten u.a. von einer engen Verzahnung zwischen klinischer Medikamentenentwicklung und innovativer Strahlentherapie.
- **Versorgung ländlicher Regionen:** Auch Menschen in überwiegend ländlichen Regionen sollten kurze Wege zu Therapiestudien und innovativen Therapien haben. Das Thema ist ein Schwerpunkt für das NCT Würzburg mit den Partnern Erlangen, Regensburg und Augsburg.

Zunahme von Krebserkrankungen in Deutschland

Neuerkrankungen pro Jahr



Quelle: Robert Koch-Institut

Ansprechpartner



Jens Bussmann
 Generalsekretär
 Telefon: 030 3940517-0
 E-Mail: bussmann@uniklinika.de



Sebastian Draeger
 Politik und Gremienarbeit
 Stellvertretender Leiter der
 Geschäftsstelle
 Telefon: 030 3940517-19
 E-Mail: draeger@uniklinika.de

Herausgeber:
 Verband der Universitätsklinik
 Deutschlands e. V. (VUD)
 Alt-Moabit 96 · 10559 Berlin
 Verantwortlich: Sebastian Draeger

Agenturpartner:
 Köster Kommunikation
 GDE | Kommunikation gestalten

Redaktionsschluss: 03.12.2020

Hinweise zum Datenschutz

Ihre Daten werden ausschließlich zum Zweck der Versendung des Politikbriefes verarbeitet, Dritten werden Ihre Daten nur zu diesem Zweck weitergegeben. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist die Wahrung der berechtigten Interessen des VUD und seiner Mitglieder. Ihre Daten haben wir öffentlich zugänglichen Quellen entnommen.

Sie haben u. a. ein Recht auf Auskunft über Berichtigung und Löschung Ihrer erfassten Daten. Gegen eine weitere Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit Widerspruch einlegen.

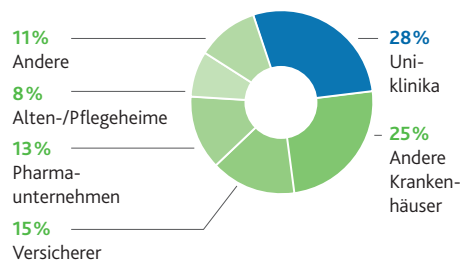
Daten, Fakten, Ansprechpartner

Die 34 deutschen Uniklinika mit ihren 190.000 Mitarbeitern vereinen Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Ihre Stimme im politischen Prozess ist der Verband der Universitätsklinik Deutschlands (VUD).

Rückgrat des Gesundheitssystems

Deutschlandweit gibt es rund 1.950 Krankenhäuser. Darunter sind 34 Uniklinika, an denen die gesamte Bandbreite der medizinischen Disziplinen angeboten wird. Sie nehmen pro Jahr 1,9 Millionen Patienten stationär auf – und damit etwa jeden zehnten Krankenhauspatienten in Deutschland.

Die 100 größten Arbeitgeber im Gesundheitswesen

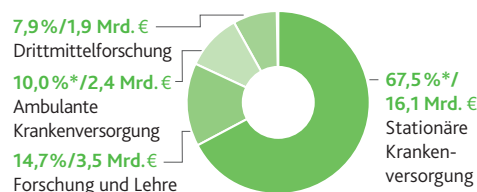


Quelle: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)

Forschung für Spitzenmedizin von morgen

Deutschlands Uniklinika und medizinische Fakultäten leisten international anerkannte Forschung. Fast 23 Prozent des Gesamtumsatzes von 23,9 Milliarden Euro pro Jahr entfallen auf diesen Aufgabenbereich.

Umsatz nach Segmenten

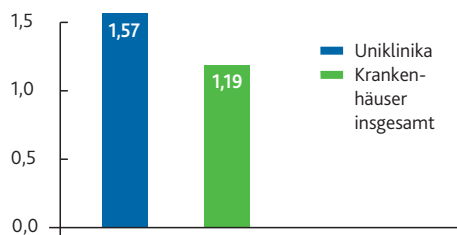


*Entsprechend Kostendaten
 Quelle: Statistisches Bundesamt, 2017; eigene Berechnungen

Erste Adresse für Schwerkranken

Uniklinika sind oft Hoffnungsträger für Menschen mit schweren oder seltenen Erkrankungen. Entsprechend hoch ist der durchschnittliche ökonomische Aufwand pro Patient, der mittels des sogenannten Case Mix Index (CMI) die Fallschwere abbildet.

Durchschnittliche Fallschwere (CMI)

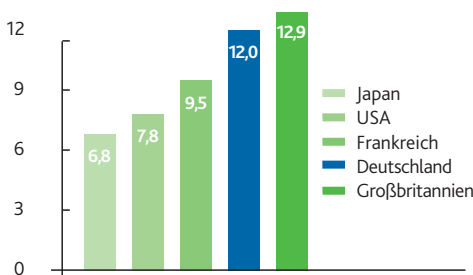


Quelle: Eigene Erhebung, Statistisches Bundesamt 2018

Fokus auf Ausbildung

Deutschlands Uniklinika und medizinische Fakultäten bringen jedes Jahr rund 10.000 Medizinabsolventen hervor – eine überdurchschnittlich hohe Anzahl im internationalen Vergleich.

Medizinabsolventen je 100.000 Einwohner pro Jahr



Quelle: OECD, 2018